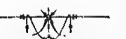
TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur A. RIVIÈRE



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET Cie

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1898









TITRES

EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON
Concours 1885.

INTERNE DES HOPITAUX DE LYON
Concours 1888.

LAURÉAT DE L'INTERNAT (Prix Bouchet, Chirurgie, 1893.)

DOCTEUR EN MÉDECINE, 1893

LAURÉAT DE LA FACULTÉ
Médaille de bronze (thèse 1893).

CHARGÉ DE MISSION SCIENTIFIQUE EN AUTRICHE (Chirurgie), 1893

MONITEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
(Hôtel-Dieu. Service du professeur Poncet, 1895-96-97).

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON,
DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE
ET DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — CHIRURGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES

Deux observations de tétanos hyperthermique traité avec succès par les bains froids.

Société des Sciences Médicales, 1892.
Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 1892.

Dans ce travail, fait sous l'inspiration du docteur Garel, j'ai relaté deux observations de tétanos hyperthermique, subaigu, mais grave. Après avoir discuté le bien fondé du diagnostic tétanos, j'ai étudié l'influence très heureuse qu'ont paru avoir sur la température, les contractures et autres symptômes, les bains froids à 26° et d'un quart d'heure de durée; j'ai expliqué cette influence par l'action de la balnéation sur les centres nerveux, les stases viscérales et la sécrétion urinaire. J'ai terminé par une étude critique et historique des procédés de réfrigération générale et locale dans le tétanos.

Neurasthénie et spécialité.

Province Médicale, 1897.

Ayant observé plusieurs cas où, manifestement, des individus avaient été rendus neurasthéniques par de trop fréquentes séances de petites opérations spécialistes, ou par la connaissance des nombreuses complications reflexes qu'ont décrites, à propos de minimes lésions, les ophtalmologistes, les rhinologistes, les gynécologistes, etc,. j'insistai sur la prudence que l'on doit apporter et dans la pra-

tique de ces opérations et dans l'énumération des conséquences possibles de telle ou telle affection.

Je racontai, à l'appui de cette manière de voir, l'histoire probante de malades vus par moi, malades dont l'existence avait été empoisonnée par la lecture de livres spéciaux, ou le souvenir de conseils scientifiques,ou la terreur d'opérations sans cesse répétées.

De l'extrait de muqueuse pituitaire contre l'ozène.

Congrès pour l'avancement des Sciences, St-Etienne, 1897.

J'ai essayé, contre des cas d'ozène grave, des badigeonnages avec de l'extrait de muqueuse pituitaire. J'ai obtenu des améliorations marquées, mais pas de guérison définitive ; peut-être parce que mes malades manquèrent de patience.

II. — CHIRURGIE DU SYSTÈME DIGESTIF

Pharynx nasal : végétations adénoïdes, syphilitiques et tuberculeuses

J'ai fourni à Kambourouff les éléments et les observations de sa thèse (Lyon 1897) qui conclut à la rareté des végétations adénoïdes tuberculeuses, quoique leur existence soit indéniable, et à leur ablation qui en supprimant un foyer d'infection et en facilitant la respiration nasale, améliore le malade.

Cependant il existe d'assez notoires exemples d'infections généralisées plus ou moins graves après l'intervention.

Un cas de polype pédiculé de l'amygdale.

Annales des Maladies de l'oreille, etc., 1889.

J'ai publié une des premières observations de polype de l'amygdale.

Outre sa rareté (mon observation était la cinquième), ce fait de tumeur conjonctive bénigne de l'amygdale était intéressant parce que le petit malade qui la portait avait une certaine difficulté de la respiration et une otite purulente.

Deux observations de gastro-entéro anastomose.

Société des Sciences Médicales, 1892, et *Lyon Médical*, 1892.

Je présentais deux malades atteintes de cancer à l'estomac quinze à vingt jours après l'opération. Ce sont les deux premières opérées lyonnaises et ce furent de véritables guérisons.

Incontinence fécale par regorgement chez une fillette de 12 ans.

Société des Sciences Médicales, 1898.
Province Médicale, 1898.

Il s'agit d'un cas assez rare : une enfant qui, depuis plus de deux ans, présentait une incontinence fécale avec diarrhée contre laquelle toutes les médications avaient échoué. Je reconnus la présence d'un véritable coprôme et,contrairement aux précédentes thérapeutiques, recherchai le déblaiement de l'intestin. L'incontinence et la diarrhée masquaient une constipation opiniâtre qui avait, d'ailleurs, été bien supportée au point de vue de l'état général (pas de vomissements, pas de sténorémie).

Le cas analogue, publié par M. Demons, présentait bien de l'incontinence, mais sous forme de petites boulettes fécales dures, non diarrhéiques; la pathogénie était donc moins obscure que dans l'observation de ma petite malade dont les accidents, d'ailleurs, ne se sont pas reproduits depuis deux ans.

Péritonite tuberculeuse.

Observation *in* Thèse Pic, 1890 ; *in* Thèse Beaussenat, 1893.
Société nationale de Médecine, 1893.

J'ai fourni d'intéressantes observations à Pic et à Beaussenat, entre autres le cas présenté par moi à la Société nationale de Médecine d'un enfant,parfaitement guéri, chez qui M. le professeur Poncet avait, plusieurs mois auparavant, pratiqué une laparotomie pendant une péritonite aiguë (40°) alors qu'on considérait la mort comme fatale à bref délai.

III. — BASSIN ET ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Kystes hydatiques du petit bassin.

Société des Sciences Médicales, 1892.
Lyon Médical, 1892.
Thèse Monéger.

Une laparotomie montre un petit bassin capitonné de nombreuses tumeurs hydatiques chez une jeune femme ; le diagnostic posé par plusieurs chirurgiens avait été fibrôme malgré l'absence d'hémorrhagies.

Néphropexie.

Société des Sciences Médicales et *Lyon Médical*, 1892.

Chez une femme très neurasthéniée fixation d'un rein par M. Jaboulay : grande amélioration.

Néphrectomie para-péritonéale pour rein tuberculeux.

Société des Sciences Médicales et *Lyon Médical*, 1892.

Je concluais à l'ablation précoce et primitive du rein tuberculeux, mais par l'incision para-péritonéale de Trélat.

Cancer du rein et néphrectomie parapéritonéale.

Société des Sciences Médicales, 1892 et 1893.
Province Médicale.

Je relatais six observations de cancers du rein extirpés par MM. Poncet et Jaboulay avec une mortalité de 50 0/0 : résultat satisfaisant si l'on considère les statistiques des autres chirurgiens et la période tardive de l'intervention. Je concluais de l'étude de la symptomatologie des tumeurs du rein, de la difficulté d'un diagnostic

précoce, à une intervention exploratrice et à la supériorité des opérations para-péritonéales.

Mes dissections, mes expériences sur les animaux m'ont montré la possibilité des décollements du péritoine,surtout chez les sujets gras et dans les points éloignés de la ligne blanche, mais aussi le danger des grands lambeaux flottants.

Absence d'épididyme.

Société des Sciences Médicales, 1892.

Chez un enfant à qui M. le professeur Poncet pratiqua une cure radicale de hernie inguinale congénitale, on reconnut une absence de l'épididyme du côté opéré ; comme la dissection des éléments du cordon paraissait impossible, le testicule fut sacrifié.

IV, — CRANE ET CERVEAU

Périostite mastoidienne ou abcès rétro-auriculaire

Congrès laryng. 1898.

Discussion sur l'existence même de la périostite mastoidienne ; 'apporte un fait d'abcès banal sous-cutané rétro-auriculaire en rapport avec un furoncle du conduit, sans lésion de l'oreille moyenne.

Sinusite frontale.

Société française d'oto-rhino-laryngologie, 1897.

Relation d'un cas ancien de suppuration nasale, avec tumeur orbitaire et diplopie résultant d'un empyème chronique du sinus frontal. Ouverture large, drainage nasal.

Je concluais à l'ouverture large de la partie antérieure du sinus frontal pour éviter les récidives.

Phlébite du sinus et septico-pyohémie consécutives aux suppurations de l'oreille (En collaboration avec M. Etiévant).

Congrès de Chirurgie, 1896.

Relation de quatre faits inédits de phlébo-sinusite consécutive à une otite suppurée, mortels, sauf un (nettement tuberculeux), où le rôle curatif de l'intervention fut assez net.

Nous faisions suivre cet exposé de quelques réflexions, que nous complétâmes plus tard.

L'abcès cérébral d'origine otitique (En collaboration avec M. Jaboulay).

Congrès de Chirurgie, 1897.

Très complète observation d'un abcès cérébral survenu chez un otorrhéique de 22 ans, tuberculeux, dûment diagnostiqué et mourant dans le coma malgré deux interventions, l'une sur le mastoïde, l'autre par la même voie et ayant évacué l'abcès. De cette observation et des deux cas plus anciennement vus, nous tirions quelques conclusions dont l'une nous paraît très importante : c'est la très grande difficulté du drainage des abcès cérébraux profonds, ou du moins séparés de l'écorce par une certaine épaisseur de substance cérébrale intacte. C'est qu'en effet, dans ces abcès (survenant souvent chez des tuberculeux), il n'existe pas de membrane enkystant nettement le processus destructeur, d'où la gravité opératoire de l'intervention.

Septico-pyohémie, d'origine otitique. — Trépanation de l'antre et du sinus latéral.— Ligature de la jugulaire thrombosée.— Mort (En collaboration avec M. Villard).

Congrès de Chirurgie, 1897.

Observation d'un jeune homme de 16 ans, chez qui nous posâmes nettement le diagnostic, grâce à l'hyperthermie et la dilatation des veines de la face.

Villard et moi avons insisté sur ce fait, que le fameux « cordon jugulaire » dont on fait un élément de diagnostic, ne doit être, la plupart du temps (comme dans notre cas), que le résultat de la contracture réflexe du sterno-cléido-mastoïdien.

Complications cranio-cérébrales des otites. — Diagnostic.

Province Médicale, 1897.

Complications cranio-cérébrales des otites. — Leur traitement.

Arch. internat de laryngologie, 1896. Brochure de 60 pages.

C'est d'une série de cas observés personnellement et de nos recherches que nous avons tiré les éléments de cette étude. Nous avons essayé de faire de cette question, un peu confuse, un exposé clair et pratique, quoique aussi complet que possible.

Chapitre premier. — Historique rapide montrant les diverses étapes parcourues par les opérateurs, ouvrant d'abord les cellules mastoïdiennes un peu au hasard, puis recherchant l'antre et, enfin, réunissant par une vaste brèche la caisse, l'aditus, l'antre Croyant que cette intervention est nécessairement le premier temps lors d'une opération intra-cranienne, nous décrivons l'antrectomie, les méthodes de Küster, Bergmann, Zaufal, Stacke; enfin, avec ses dangers, ses précautions indispensables, la trépanation de l'apophyse et de la caisse de Broca.

Entre temps, nous indiquons l'inconvénient, plus grand qu'on ne le dit généralement, de l'ouverture du sinus latéral et nous mentionnons les dangers des lavages violents de l'oreille pouvant, grâce aux fréquentes perforations osseuses, irriguer directement la cavité cranienne.

Enfin je donne les indications correspondant aux divers procédés opératoires.

Chapitre II. — *Considérations générales sur l'étiologie et la pathogénie des complications endo-crâniennes des otites.* — J'insiste sur la fréquence de ces complications reconnues, et sur le nombre, plus considérable encore, des cas qui passent inaperçus, et aussi sur le danger des vieilles otorrhées et de celles qui sont spécifiques (scarlatine, typhoïde, surtout, avant tout, tuberculose). Enfin, je décris les diverses voies suivies par l'infection pour envahir l'endo-crâne, admettant comme cause pathogénique principale les perforations osseuses.

Chapitre III. — *Méningites otitiques.* — a). *Généralisées,* que nous croyons être ordinairement une lésion terminale succédant aux abcès cérébraux ou phlébo-sinusites et qui sont souvent attribuables

à des lavages intempestifs. Pour nous les méninges se défendent assez bien contre les infections chroniques; les méningites généralisées seront plus fréquentes chez l'enfant, ou lors d'otites aiguës. Nous admettons volontiers l'otorrhée comme une des causes les plus directement importantes de la méningite tuberculeuse. Au point de vue « intervention » nous conseillons d'opérer malgré le pronostic fatal.

b. *Circonscrites*, leur histoire est mal connue, mal délimitée; il est probable, cependant, que plus on opérera de bonne heure, plus on observera des plaques de leptoméningite isolées, entourant le point osseux malade. Ces plaques peuvent donner un symptôme net et unique de localisation; elles constituent une des raisons de préconiser des interventions hâtives.

c). *Pseudo-méningites* que nous avons observées assez fréquemment, et qui nous semblent se montrer de préférence chez l'enfant ou au cours des otites aigues (probablement parce que le cerveau n'est pas entraîné à la tolérance d'un voisinage infectieux). D'ailleurs, qu'il s'agisse d'une sorte de méningisme, ou d'un œdème de voisinage à l'entour d'une lésion septique, ou de symptômes de réaction générale accompagnant bruyamment une lésion cérébrale qui se localise (abcès, phlébite du sinus), la pseudo-méningite affecte de très divers types cliniques (excitation ou coma, hyperthermie, vomissement, aphasie, etc., etc., voire même une paralysie générale). Comme cette affection tue souvent et que l'opération est le meilleur moyen de débarrasser le malade de l'épine inflammatoire, occasion de la pseudo-méningite, nous conseillons d'intervenir.

Chapitre IV. — *Des abcès cranio-cérébraux.* — *a) Abcès extra-duraux ou sous-dure-mériens.* — Ce sont des lésions de début siégeant surtout autour du rocher ; elles sont le pendant des abcès cutanés rétro-auriculaires au cours des mastoïdites. Contrairement à Lane, et d'après nos observations personnelles, nous ne croyons pas à l'existence constante de ces abcès au cours de la phlébo-sinusite; pour nous ils sont une transition entre l'oto-mastoïdite et l'abcès cérébral profond. Au point de vue clinique ils déterminent généralement un véritable orage méningitique (analogue au péritonisme accompagnant le début d'une salpingite ou d'une appendicite). Le pronostic est moins noir que pour d'autres complications, surtout si l'on intervient.

b) Abcès encéphaliques proprement dits. — Nous avons résumé les faits acquis, admettant, d'après notre observation, que l'on trouve

souvent, dirigeant l'opérateur vers un abcès central, des lésions, fongosités qui trahissent le chemin suivi par l'infection. Il existe cependant des abcès isolés dans le parenchyme. Nous représentons comme rare et insuffisant l'enkystement des abcès cérébraux (depuis lors de nombreux exemples nous ont ancré dans cette opinion : même dans les cas anciens un enkystement réel est exceptionnel : d'où découlent les dangers de ces abcès, de leur lavage, etc).

Les symptômes de l'abcès encéphalique se rattachent : 1° à la suppuration (à notre avis rareté de l'hyperthermie) ; 2° à des troubles cérébraux diffus (pour nous la céphalée fixe est un signe presque absolu de complication endo-cranienne, plus souvent d'abcès) et désigne même le lieu de l'abcès. Nous croyons plus à ce signe qu'à tous autres (vomissements, vertige, pouls lent) ; 3° à des localisations ; le chirurgien doit s'en méfier un peu, à cause de l'irritation de voisinage (obs. personnelle); cependant l'aphasie, l'hémiopie sont caractéristiques.

Pour le cervelet, tenir compte du vertige, des vomissements, mais surtout de la céphalée occipitale.

Après un résumé des méthodes opératoires diverses, nous nous rallions au passage par la voie mastoïdienne, conseillant, dans certains cas, pour favoriser le drainage, l'exploration complète, l'opération de Jaboulay ; la résection de la paroi supérieure de la portion rocheuse du temporal.

Pour le cervelet, on peut, si on est sûr du diagnostic, trépaner sur l'occipital.

Personnellement, nous ne croyons guère au signe de Rose Braun (absence de battements de la dure-mère) ; nous conseillons un petit trocart aspirateur plutôt qu'une aiguille ; nous repoussons les lavages et nous insistons sur les difficultés du drainage (l'incision se referme, l'abcès se vide mal).

Chapitre V. — *Phlébite des sinus.* — C'est la plus intéressante des complications endo-craniennes, à cause de la possibilité plus grande du diagnostic et de la guérison. Cependant, nous protestons contre le sans-gêne avec lequel on parle de l'ouverture opératoire du sinus. Le processus de l'infection est la perforation de la paroi osseuse, dont nous avons vu personnellement de beaux spécimens. La phlébite du sinus envahit facilement la jugulaire ou les sinus voisins, et peut amener après elle l'infection purulente. La symptomatologie nous en a paru assez constante pour nous avoir permis des diagnostics exacts (en dehors, d'ailleurs, des signes classiques) : température élevée avec des oscillations; céphalée plus diffuse que dans le cas

d'abcès ; intelligence conservée, à peine obnubilée à la fin ; gêne de la circulation veineuse ; face vultueuse, œdématiée ; exophtalmie ; dysphagie en rapport avec des varicosités pharyngées ; aspect infecté du malade.

Quelquefois la phlébite de la jugulaire domine la scène (abcès périphlébitique) ; nous avons vu par ailleurs ce qu'il fallait penser de son cordon.

Quoique Politzer donne l'exophtalmie comme un signe de phlébite du sinus caverneux, nous ne l'admettons pas, car il avait failli nous faire commettre une erreur de diagnostic.

Nous nous élevons contre l'idée de bénignité relative ; nous croyons à des rémissions, mais peu à des guérisons définitives.

Nous repoussons le traitement médical, voire même, et jusqu'à nouvel ordre, le sérothérapique.

Chirurgicalement, et après examen de l'opinion des auteurs, nous nous prononçons pour l'ouverture du sinus (après l'opération mastoïdienne), son drainage accompagné de la ligature de la jugulaire, mais nous ne pensons pas que l'on puisse être jamais assez sûr du diagnostic : phlébo-sinusite pour commencer par cette dernière opération ; nous ne voyons pas non plus l'utilité de la ligature du sinus vers le pressoir.

Enfin, nous donnons le manuel opératoire détaillé de l'intervention complète ; exploration du sinus (nous savons par expérience combien elle est difficile dans une cavité mal éclairée), son ouverture, son drainage, ligature de la jugulaire.

Chap. VI. — *Etude diagnostique et thérapeutique des complications endo-craniennes des otites en général.* — Nous voulons, dans ce chapitre, arriver à poser un diagnostic facile, mais présentant assez de précision pour permettre une technique opératoire qui, même si une erreur grossière a été commise, ne soit jamais nuisible, presque toujours utile, et souvent miraculeusement curative.

Au point de vue du diagnostic des complications endo-craniennes des otites, l'essentiel est d'abord d'y penser ; il faut par conséquent examiner systématiquement l'oreille de tout malade cérébral.

L'erreur du chirurgien peut provenir de ce qu'il méconnaît la valeur pathogénique d'une otite au cours d'une affection cérébrale, ou bien de ce qu'il hésite entre une complication endo-cranienne et une simple rétention de pus dans l'apophyse, ou enfin de ce qu'une otorrhée existe simultanément avec une autre affection cérébrale. J'étudie ces divers diagnostics en m'appuyant beaucoup sur mon observation personnelle. Pour le diagnostic des complications cranio-

cérébrales entre elles les meilleurs éléments de diagnostic sont l'âge, l'otorrhée, la douleur, le torticolis, les types de fièvre, la conservation ou l'obnubilation de l'intelligence et je conclus à la possibilité d'un diagnostic suffisamment précis pour diriger l'intervention. Car c'est là l'essentiel; et même le siège de l'abcès que j'étudie n'importe pas plus, dans la majorité des cas, que de savoir si c'est une sinusite ou un abcès.

En attendant que les interventions précoces aient, comme pour la pathologie du ventre, éclairci le diagnostic, ce qu'il faut actuellement au clinicien c'est de pouvoir dire : il y a complication endo-cranienne d'une otite, peut-être celle-ci, peut-être celle-là ; donc il faut intervenir.

Et l'intervention doit être telle que, quelle que soit la lésion, elle soit inoffensive et puisse toujours être curative.

Seule la trépanation de l'apophyse et de la caisse satisfait à tous les desiderata. Elle guérira l'otite, les pseudo-méningites et, grâce à la brèche faite par elle, le chirurgien pourra utilement aborder abcès et phlébite.

L'opérateur sera même dirigé vers les lésions, car tous les auteurs sont d'accord pour regarder comme un des meilleurs guides, dans la recherche de l'abcès ou des autres maladies endo-craniennes, la prédominance des lésions osseuses, soit vers le tegmen (lobe sphénoïdal), soit au niveau de la paroi postérieure du rocher (cervelet-sinus).

CORPS THYROÏDE

La glande thyroïde et les goitres. — Anatomie normale et pathologique.

Société des Sciences Médicales, 1892-93.
Thèse de Lyon, 1893.

I. — J'ai présenté, au début de ma thèse, une étude complète de l'anatomie de la glande thyroïde ; je n'indiquerai ici que les faits originaux et importants au point de vue chirurgical.

J'ai insisté, d'après les recherches récentes de M. Jaboulay, sur l'irrégularité des rapports de l'artère thyroïdienne inférieure avec le récurrent ; ce qui, étant donné le voisinage étroit de ces deux organes, explique la fréquence des blessures ou des tiraillements du nerf, même au cours d'une exothyropexie.

D'un chapitre consacré au *développement de la glande et à sa structure intime*, je ne retiendrai que quelques faits :

a) Le canal de Bochdalek, restant plus ou moins perméable, peut être considéré comme une voie d'infections, de la glande thyroïde (état septique de la cavité buccale).

b) L'étude histologique montre, à la périphérie de la glande, des masses de cellules épithéliales ayant gardé leur caractère embryonnaire. Ces amas, qui persistent même chez l'adulte, sont clairement encapsulés chez le veau ou le chien nouveau-nés, se présentent sous la forme de boyaux solides s'entrecroisant avec une vascularisation lacunaire, et sont le point de départ des adénômes fœtaux.

c) Dans une de nos figures on voit, à l'intérieur de grains thyroïdiens, des cellules épithéliales dont le protoplasma présente une striation granuleuse et parallèle à la hauteur de la cellule (analogie avec les cellules des glandes excrétoires, reins, glandes sudoripares).

d) Les vésicules thyroïdiennes communiquent les unes avec les autres, et sont des points d'un système de cordons épithéliaux au sein desquels s'est effectuée une sécrétion de substance gélatiniforme, ce qui donne à l'ensemble une apparence de fuseaux.

e) J'ai étudié les *voies lymphatiques* de la thyroïde grâce au procédé récemment découvert du professeur Renaut qui, par le liquide osmio-picrique, les développe, les imprègne et les fixe. J'ai montré ainsi (voir les photogravures de ma thèse) des boyaux extrêmement larges, irrégulièrement calibrés, embrassant les vésicules thyroïdiennes et en épousant les contours, communiquant les uns avec les autres autour de ces vésicules grosses et petites, mais sans jamais leur former de sac lympathique continu. Ce sont les plus larges et les plus développés qui aient été décrits dans aucune glande. Mais voici le point intéressant : il se coagule, à l'intérieur des voies lymphatiques un liquide (probablement emporté de la glande par la lymphe) possédant les caractères histo-chimiques de la substance gélatiniforme des grains. Or, Bertoye a observé dans un goitre exophtalmique et moi dans un goitre de chien, un effacement à peu près complet des voies lymphatiques ; argument en faveur de la théorie toxique des affections thyroïdiennes.

II. — Dans un autre chapitre j'étudiais des généralités sur l'anatomie pathologique des goitres, les goitres ganglionnaires, les lésions des organes voisins (muscles, vaisseaux, etc.). J'insistais davantage sur les lésions de la trachée, en particulier sur les déviations que que j'avais souvent eu l'occasion d'observer au laryngoscope, sur les

dangers de son ramollissement contre lesquels est dirigée la grande canule à trachéotomie du professeur Poncet. J'indiquais le fait nouveau de l'atrophie spontanée des goitres après les interventions chirurgicales, fait qui, découvert par MM. Poncet et Jaboulay, a été l'occasion de si importantes déductions thérapeutiques.

III. — Plus de vingt examens microscopiques me permirent d'apporter un tribut à l'étude anatomo-pathologique des goitres faite par Wœlfler. J'adoptai sa classification, tout en essayant de la simplifier et je proposais de décrire :

1° Les goitres dépendant de l'évolution des éléments du corps thyroïde en général. Cette évolution, légèrement déviée de son type normal: *a*)produit dans l'*hypertrophie simple* ou *goitre hypertrophique*, l'augmentation essentielle et numérique de tous les éléments de la glande avec conservation de la fonction physiologique; *b*) amène,par vieillissement et sclérose de l'organe (surtout du tissu conjonctif), l'atrophie et la dégénérescence des éléments nobles.

2° Les goitres dépendant d'une néoplasie bénigne. Ces néoplasies se manifestent par la prolifération d'éléments cellulaires embryonnaires oubliés dans le tissu interacineux par l'évolution de la glande. Ces adénômes peuvent aboutir à deux types : *a*) *le type fœtal* caractérisé par la production de tubes et follicules glandulaires, ainsi que d'une circulation lacunaire qui font de ces goitres de véritables corps thyroïdes embryonnaires; *b*) *le type adulte* caractérisé par les productions de matière colloïde en excès et le type radiaire sans anastomose de la circulation.

J'ai essayé d'établir un rapport entre ces formes anatomo-pathologiques et celles admises opératoirement (goitres à noyaux énucléables et à noyaux non énucléables), je n'y suis point parvenu ; je crois cependant, avec M. Poncet, que les tumeurs justiciables de la thyroïdectomie ou de l'exothyropexie, les goitres charnus appartiennent à la première catégorie, et que les goitres énucléables sont des adénômes. Mais il existe certainement des adénômes fœtaux non énucléables.

IV. — Dans un quatrième chapitre, j'étudie le goitre métastatique, adénôme malin dont je fais un épithélioma.

Bactériologie des Goitres.

Société de Sciences Médicales, 1892-1893.
Thèse.

Les résultats que j'ai publiés découlent d'expériences entreprises dans le service de M. Poncet, dans son laboratoire, ainsi qu'à l'Ecole vétérinaire ou au laboratoire de médecine expérimentale du professeur Arloing.

La théorie infectieuse du goitre que je soutiens est basée sur plusieurs ordres d'arguments.

Dans l'ordre clinique, des goitres aigus, des thyroïdites (lésions nettement infectieuses, peuvent laisser, à leur suite, des goitres chroniques; j'ai de plus cité des observations personnelles de goitres chroniques (et non des thyroïdites) survenant pendant une furonculose du cou et de la nuque, une influenza, ou augmentant sous l'influence d'angines. Les bons résultats thérapeutiques obtenus par les injections antiseptiques sont encore un argument.

Aussi, pour appuyer cette théorie, je fis des cultures de fragments de goitres fraîchement extirpés et je trouvai constamment des microbes: 12 fois sur 13. Ces microbes furent ensemencés sur divers milieux, puis inoculés; leur étude montre qu'il s'agissait généralement de staphylocoques (1 streptocoque, 1 cereus albus, 1 cladothrix).

Mais les inoculations furent en partie négatives. Mes cultures ont bien tué quelques cobayes et un lapin, mais sans lésions nettes. Injectées localement chez le mulet ou le chien, elles n'ont déterminé qu'un peu d'endolorissement.

Aussi, ai-je conclu que je me trouvais en présence de microbes atténués auxquels je ne pus rendre leur virulence perdue et me suis-je arrêté aux deux théories suivantes pour expliquer leur présence et leur rôle(je répète que dans les cas observés, il s'agissait de goitres et non pas de thyroïdites ou de strumites. L'examen clinique et microscopique le prouvt):

1° Les microbes trouvés sont bien la cause du goitre, et c'est par le canal de Bochdalek, la voie sanguine ou lymphatique qu'ils infectent la glande;

2° Les microbes appartiennent à une thyroïdite chronique surajoutée au goitre préexistant. Un fait en faveur de cette manière de voir, c'est que tous mes malades avaient vu, depuis six mois, un an, trois ans, à la suite d'une affection quelconque, survenir une aug-

mentation de leur goitre. C'est même pour pour éela et pour la gêne apportée qu'ils venaient se faire opérer.

J'aurais tendance à croire actuellement qu'il existe des goitres microbiens et des non-microbiens et que, par exemple, les deux théories sont vraies.

Traitement chirurgical des goitres. — Indications et complications opératoires.

Gazette des Hôpitaux, 30 mai 1896, 22 août 1896.
Brochure de 64 pages.

Ce travail comprend l'exposé des diverses méthodes opératoires que nous avons vu employer dans le service de M. le professeur Poncet; il comprend aussi leur critique ainsi que la discussion des indications et des dangers que chacune d'elles peut présenter. Notre étude s'appuyait sur l'expérience acquise auprès de notre maître, sur les résultats obtenus dans son service, et sur les recherches faites dans la littérature médicale. Nous n'avons tenu compte que des faits de la période antiseptique.

I. — *Classification anatomique des goitres au point de vue de leur traitement chirurgical.* — Classification sans grande prétention anatomo-pathologique microscopique et de par laquelle nous admettons : 1° Des hypertrophies thyroïdiennes sans noyaux énucléables, goitres parenchymateux justiciables du traitement médical d'abord, puis de la thyroïdectomie partielle; 2° Les goitres à noyaux énucléables justiciables de la strumectomie ou énucléation intra-glandulaire de Socin, comprenant : *a*) les tumeurs encapsulées ayant une poche faisant corps avec le parenchyme thyroïdien, mais pouvant toujours s'en séparer; *b*) les tumeurs pour lesquelles on fait un véritable curettage intra-kystique, l'énucléation du contenu; 3° les kystes proprement dits, séreux, hématiques, colloïdes, etc.; souvent ils se pédiculisent et se libèrent du parenchyme thyroïdien; 4° les goitres compliqués; 5° le cancer thyroïdien qui se présente sous deux formes : l'une diffuse, inopérable; l'autre intra-kystique, opérable au début.

Nous croyons que c'est surtout par le palper que l'on peut faire le diagnostic des goitres à noyaux énucléables (c'est-à-dire de ceux dont l'énucléation est la plus facile. A Lyon, la proportion de ceux-ci est de 4 sur 5; ils résistent a l'iodure.

II. — *Thérapeutique des goitres.* — *Traitement médical.* — Ne jamais opérer avant d'avoir tenté plusieurs essais de traitement par l'hygiène, la suppression probable de la cause (les eaux) et par l'iodure ou l'iodothyrine, à moins d'avoir la main forcée par les accidents : voilà le principe de conduite. Nous nous rallions au traitement ioduré ou thyroïdien, en prenant garde à ses accidents, surtout chez les exophtalmiques.

Traitement chirurgical. — Revue des procédés anciens desquels nous n'avons voulu rien retenir, sans même faire d'exception pour les injections de teinture d'iode. Malgré leur vogue elles sont dangereuses à cause des dangers d'inflammations, de syncope, d'embolie, de généralisation (cas Ollier, Chandelux). Quant à la ligature des artères thyroïdiennes, préconisée par d'excellents chirurgiens étrangers, nous ne l'avions pas vu pratiquer ; aussi faisions-nous des réserves sur son emploi, l'admettant assez volontiers contre le goitre exophtalmique.

III. — *Des Thyroïdectomies.* — Nous nous sommes occupé uniquement de la thyroïdectomie partielle (la totale devait être définitivement abandonnée) qui conserve systématiquement une masse plus ou moins volumineuse de la glande. C'est une opération de nécessité qui ne s'adresse qu'aux cas où l'on ne peut faire l'énucléation, c'est-à-dire aux goitres parenchymateux ou anencapsulés. Nous décrivions les divers temps de l'opération, et les précautions pratiques à prendre. Nous signalions le fait important de l'atrophie de la portion de goitre laissée en place, survenant après une amputation partielle ou même un simple maniement de la glande.

IV. — *Strumectomie ou énucléation intra-glandulaire des tumeurs thyroïdiennes encapsulées.* — C'est l'opération de choix lorsqu'elle est possible; aussi en décrivions-nous longuement la technique. Nous insistions sur certains détails opératoires pour ne pas manquer le plan de clivage des kystes, ce qui est le point important. Dans d'autres cas, on abrase avec le doigt ou une curette mousse le contenu du kyste et l'ablation est alors intra-capsulaire ou intra-kystique. L'hémostase est importante et, bien que ce soit surtout la superficie de la glande qui saigne, nous préconisions, tant pour éviter le maintien des cavités, que pour arrêter les hémorrhagie, les sutures hémostatiques de M. Poncet. A l'aide d'aiguilles d'Hagedorn, on faufile les tranches saignantes du tissu thyroïdien qu'on rapproche et on serre.

Enfin de gros kystes demandent l'énucléation massive pendant laquelle on est tout étonné de voir qu'on a presque enlevé tout un

lobe sans avoir lié les thyroïdiennes; le kyste s'est pédiculisé de lui-même.

V.— *Exothyropexie et mise à l'air.*— L'opération de Jaboulay résulte de la constatation, de la régression des parties goitreuses après une opération n'ayant touché qu'une portion de la tumeur. L'exothyropexie peut être une opération d'urgence absolue contre certains goitres suffocants, ou bien contre l'exophtalmique. Nous disions que le danger était les intoxications iodoformées et thyroïdiennes.

VI. — *Epoque favorable pour l'intervention.* —Nous insistions (et notre opinion s'est confirmée depuis lors) sur les dangers que peut présenter tout opération faite pendant la période menstruelle. Comme nous croyons fermement aux rapports physiologiques de la thyroïde et du système génital, surtout féminin, nous repoussions les interventions sur le goitre pendant la période menstruelle, rapportant d'ailleurs des accidents produits pour n'avoir pas observé ce principe.

VII. — *Anesthésie.* — Nous avons conseillé l'anesthésie à l'éther. Les malades que nous avons vu opérer, sans être endormis, nous ont paru avoir un choc considérable. Nous admettons, pour certains cas, l'anesthésie locale à la cocaïne, pour d'autres le chloroforme, reconnaissant que la surveillance doit être étroite (asepsie, asphyxie) et que l'éther donne une production gênante de mucosités, parfois des accidents broncho-pulmonaires surtout chez les sujets âgés.

VIII. — *Hémorrhagies.* — La vraie zone hémorrhagique est capsulaire, périphérique ; le parenchyme thyroïdien est, opératoirement parlant, relativement exsangue. Les goitres dans lesquels ont été faites antérieurement des injections iodées, des ponctions, etc, sont plus dangereux. Je rappelais la suture thyroïdienne déjà décrite.

IX. — *L'entrée de l'air dans les veines*, que trahit le sifflement opératoire bien connu et qui est presque toujours mortelle, sera surtout évitée en faisant une hémostase soigneuse et hâtive (par la compression avec des tampons et la forcipressure).

X. — *Les accidents déterminés par les lésions de la trachée* sont dus soit aux déformations classiques (lame de sabre, etc.), soit à la dégénérescence graisseuse. Ils peuvent causer la mort subite pendant l'opération ou après, ou même au cours d'un goitre non touché. Il est des cas où la trachéotomie est indispensable ; il faut, cependant, l'éviter autant que possible, car, contrairement à l'opinion de Rose, nous croyons qu'elle aggrave singulièrement le pronostic. Si on la pratique, on doit la faire avec les grosses canules du professeur

Poncet sur lesquelles la trachée se moule et peut, comme sur un véritable tumeur, réparer ses lésions.

XI. — *Antisepsie de la plaie opératoire.* — Les lavages doivent être évités (irritation des nerfs, surtout du récurrent,par l'acide phénique), et il faut particulièrement redouter l'intoxication iodoformée. Dans un cas de vaste cavité retro-sternale formée par l'ablation du goitre, nous avons vu les bons effets produits par un véritable « Mickulicz cervical » dont nous avions l'idée.

XII. — *Réunion, Sutures, Drainage.* — Dans certains cas, la suture intra-dermique rendra de très grands services et nous croyons qu'un drain en caoutchouc devra presque toujours été placé à la partie déclive en raison de la considérable sécrétion séro-sanguine et thyroïdienne qui se produit.

XIII. — *Fièvre thyroïdienne post-opératoire.* — On observe, après presque toutes les opérations thyroïdiennes, une fièvre souvent intense avec des phénomènes généraux, de véritables accidents basedowiens (Poncet); et cela sans infection naturellement.A cette fièvre,dont nous donnons des essais d'explication théoriques,sont identiques les phénomènes hyperthermiques observés dans le cancer thyroïdien et la médication thyroïdienne.

XIV. — *Accidents pulmonaires* dus à l'irritation de l'éther, le décubitus, la chute du sang dans la trachée, quelquefois les traillements opératoires du pneumo-gastrique et du sympathique; il y a peut-être même une influence directe de l'opération thyroïdienne.

XV. — *Dysphagie* ordinaire après les interventions et que nous avons vue secondaire à des dilatations variqueuses aiguës et douloureuses du pharynx et de la base de la langue provoquées par la ligature du tronc thyro-lynguo-facial. Cette angine disparaît d'elle-même.

XVI. — *Lésions opératoires des nerfs de la région* du sympathique, du pneumogastrique qu'on évitera par la prudence des manœuvres. Celles dn récurrent et la dysphonie consécutive sont plus fréquentes encore, bien qu'elles se résument plus souvent en une congestion qui disparaît.

XVII. — *Indications opératoires* contre le goitre suffocant opéré aussi vite que possible, parfois par l'exothyropexie; chez les goitreux-crétins l'excitation de la glande, ou thyroïdo-éréthisme de Poncet, pourra rendre des services. Contre le goitre exophtalmique (surtout celui où la tumeur thyroïdienne est nette et antérieure aux accidents)

on devra intervenir, mais par des opérations prudentes, car les accidents sont fréquents et graves; contre le cancer thyroïdien notre expérience personnelle ne nous permet d'admettre l'intervention que contre une forme assez rare que nous dénommions dégénérescence intra-kystique (contre la forme diffuse, la trachéotomie elle-même et les larges incisions circum-thyroïdiennes de M. Poncet peuvent hâter le dénouement).

Cancer du corps thyroïde.

Observation personnelle *in* Thèse de Bertrand (Cancer aigu et cancer latent du corps thyroïde, Lyon 1895); et devant paraître incessamment, en collaboration avec M. le professeur Poncet, une importante monographie basée sur l'étude d'environ quarante observations personnelles.

ORGANO-THÉRAPIE OU CORPS THYROIDE

A. — Contre les goitres.

J'ai étudié l'action de l'ingestion de glande thyroïde sur la marche des goitres. Les indications et les résultats de cette thérapeutique ont été rapportés dans la thèse de Critchmaroff (De l'iodothyrine, thyroïdine et son action thérapeutique dans les goitres, Thèse de Lyon, 1897), à qui j'ai communiqué deux observations personnelles.

B. — Thérapeutique thyroïdienne et agénésie

Société des Sciences Médicales, 1898.
Province Médicale, 1898.

Deux jeunes hommes arthritiques, intellectuels surmenés, ayant pris pendant un assez long temps des pastilles thyroïdiennes pour faire disparaître une obésité marquée, arrivèrent au résultat désiré; mais virent aussi et pour une période de cinq à six mois, leurs facultés génésiques supprimées.

Outre ce fait, intéressant par lui-même, j'insistai sur les rapports mal connus, mais certains, de la thyroïde et du système génital et sur l'analogie, d'ailleurs antérieurement signalée, de certains effets de l'ingestion thyroïdienne et de celle de l'iodure.

MEMBRES

Note sur les résultats éloignés de l'amputation inter-scapulo-thoracique pour tumeurs malignes de l'omoplate.

Archives provinciales de Chirurgie, 1893.

Malade présenté à la Société des Sciences médicales en 1892.

Observation d'un malade chez qui M. le professeur Poncet avait fait, dix mois après le début d'un sarcôme de l'omoplate, une résection de l'angle inférieur de cet os : récidive au bout d'un mois et demi. Six mois après l'apparition de la récidive (*in situ*), amputation inter-scapulo-thoracique après laquelle la guérison se maintient complète pendant dix mois. Puis *généralisation pulmonaire* qui emporte le malade.

J'ai fait suivre ce fait (intéressant au point de vue de la survie et de l'absence de récidive locale) de quelques considérations sur la nécessité d'une intervention large et précoce, conformément à l'opinion du professeur Berger et contrairement à celle d'Adelmann.

Des rapports de l'adénite axillaire avec la tuberculose pleuro-pulmonaire.

Société des Sciences Médicales, 1888.
Province Médicale, 1888.

J'ai apporté quelques observations cliniques à l'appui de l'opinion soutenue par M. Sanchez Toledo dans sa thèse : que les adénites axillaires se montrent fréquemment comme signe précoce de la tuberculose pleuro-pulmonaire.

Procédé de ténorrhaphie.

Société Nationale de Médecine, 1893.

J'ai présenté à la Société un homme chez qui M. Rochet avait appliqué, avec succès, le procédé d'anastomose et de suture tendineuses qu'il préconise.

De l'ankylose bipolaire des articulations du radius. — De l'adaptation fonctionnelle du tissu musculaire.

Gazette des Hôpitaux, 1895.

J'ai basé ce travail sur l'étude de deux pièces anatomo-pathologiques de M. Jaboulay et sur une observation clinique. L'*ankylose bipolaire*, très intéressante à étudier dans les articulations radiales, en raison de l'étendue et de l'importance des mouvements de supination, résulte de deux facteurs :

1° Des lésions bipolaires d'adhérences entre les surfaces articulaires ;

2° Des phénomènes d'adaptation musculaire (transformation fibreuse) qui rendent la déformation plus grave et plus définitive.

1° Les lésions d'arthrite bipolaire peuvent être dues à une ostéite bipolaire (pièce n° 1), ou à une fracture ; mais le cas le plus intéressant est celui (Obs. I) où, à la suite d'un traumatisme de l'avant-bras sans fracture,il se fait une arthrite double et s'organise une ankylose.

Des synéchies se produisent, favorisées par l'immobilisation, poupouvant aller jusqu'à des productions osseuses ;

2° L'ankylose est rendue encore plus définitive par le fait de l'adaptation fonctionnelle du tissu musculaire. Roux, Weber ont démontré, et nos observations en font foi, qu'un muscle dont l'évolution motrice est diminuée de moitié est envahie par le tissu fibreux dans une proportion correspondante. Je crois qu'il s'agit, là, non d'un processus de dégénérescence passive, mais d'une transformation active qui, d'ailleurs, est curable par le procédé inverse (augmentation du champ d'action du muscle). Ces faits sont importants à signaler au point de vue du diagnostic complet et du pronostic des traumatismes de l'avant-bras ; il faudra, dans ces cas, vérifier l'intégrité des articulations radiales.

Un bon moyen de diagnostic de l'ankylose radiale inférieure est l'impossibilité des mouvements antéro-postérieurs des extrémités radiale et cubitale l'une sur l'autre, et les dépressions en godet que ces mouvements déterminent dans la région du poignet.

Le traitement de l'ankylose bipolaire consistera en mouvements des articles, surtout actifs, et en excitations électriques.

ARTICLES DE CRITIQUE MÉDICALE

Le Congrès de Chirurgie de 1896. *Province Médicale.*

Les suppurations d'oreilles au Congrès de Chirurgie, *Province Médicale,* 1896.

La cystostomie sus-pubienne. Thèse Bonan, *in Gazette des Hôpitaux,* 1892.

Le traitement des pieds bots (tarsoplasie). Thèse de Laurençon, *in Lyon Médical,* 1892.

L'otologie au Congrès de Chirurgie, *Province Médicale,* 1897.

La chirurgie des goitres. Thèse Bérard, *Gazette des Hôpitaux.*

La rhinoscopie du Dr Garel, *in Province Médicale.*

Lettre de Lyon, *in Archives internationales de laryngologie.*
Analyses *in Lyon Médical, Union Médicale,* etc., des thèses de :

Ogier. — Traitement de la cystite tuberculeuse.

De Prelles. — Strumectomie.

Auger. — Thyroïdectomie totale.

Laforgue. — Tumeurs bénignes de l'appendice.

Kambouroff. — Végétations adénoïdes tuberculeuses et syphilitiques.

Etc., etc., etc.

69 524 — Imp. A. Waltener. — P. Legendre et Cie. Succrs. — Lyon.